

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : **K/1918/1926**
 आवेदन क्रमांक :

APPLICATION DATE : **12/12/18**
 आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : **GAYATRI MAJI**
 आवेदन करी का नाव

AGE-YEARS : **52**
 लिंग : **F**

FATHER/SPOUSE'S NAME : **BADAL MONDAL**
 पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS : **MIRJHA THRODAPAMNIPUR, BHAIMBARA, BANKURA - 722203, WEST BENGAL**

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : **SEE ABOVE**



OCCUPATION : **HOUSE WIFE**

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : **NIL**

(Attach Proof of Income) (आप का आय प्रमाण)

PAN No. **SEE ABOVE**

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable) : **Yes / No**
 क्या आप आय कर दाता हैं (को यहाँ से उचित पर चिह्न लगाएँ) : **हाँ / नहीं**

FAMILY DETAILS

| Sr. No. क्रम संख्या | Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years) उम्र (वर्ष) | Gender लिंग | Relation with Applicant आवेदन करी का सम्बन्ध |
|---------------------|--|-------------------------|-------------|--|
| 1 | GAYATRI MAJI | 52 | F | SELF |
| 2 | SUKMA MAJI | 63 | M | WIFE |
| 3 | MRINAL MAJI | 29 | M | SON |
| 4 | TRISHNA MAJI | 25 | F | DAUGHTER |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

| | | | |
|---|---|--|---|
| EPL Card (Attach Card Copy) एप्ले कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | EWS Certificate (Attach Certificate Copy) एयूएस प्रमाण पत्र के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Ration Card (Attach Copy) रेशन कार्ड के साथ प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की प्रतिलिपि संलग्न करें) | Any Other Basis/Proof अन्य कोई प्रमाण |
|---|---|--|---|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
 सहायता हेतु निम्न उद्देश्यों का उद्देश्य:

| Sr. No. क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached अनुसंधान/निर्देश के साथ की गई प्रतिलिपि संलग्न |
|---------------------|--|
| 1. | DIAGNOSIS - CATARACT - RE. |
| 2. | SURGERY - RE (SIC+TOL) |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
 इस उद्देश्य के हेतु कहीं अन्य सहायता मिली है या नहीं से विचार करें

| Sr. No. क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED कहाँ से सहायता मिली |
|---------------------|---|---|
| | | |

DECLARATION by APPLICANT: (अर्थीक सहायता के लिए)

- I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
 - I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
 - I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि इस आवेदन में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई झूठा विवरण प्रस्तुत किया जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से जो सहायता मिले, उसका उपयोग केवल मेरे आवेदन में दिये गये उद्देश्य के लिए ही किया जाएगा, जो इस आवेदन में बताया गया है।
- 3) मैं यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं इस सहायता हेतु या उसके बाद किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से इस सहायता के लिए या उसके पूरे/अंश में कोई भी सहायता नहीं ले रहा हूँ।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्थीक सहायता के लिए)

- By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
 - I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस आवेदन पर मेरे हस्ताक्षर या अंगूठी का छाप लगाकर, मैं (अर्थीक) यहाँ घोषणा करता हूँ कि मैं "कोशिका फाउंडेशन और इसके ट्रस्टियों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे उद्देश्य का विवरण इस आवेदन में घोषित करें, जो "कोशिका" द्वारा प्राप्त की गई सहायता के लिए है। वे मेरा नाम, पता, फोटो या मेरे उद्देश्य का विवरण किसी भी माध्यम से प्रसारित कर सकते हैं, जिसमें मौखिक, प्रिंट, इलेक्ट्रॉनिक, दानों को आमंत्रित करने के लिए या कोशिका फाउंडेशन के गतिविधियों/सफलताओं के बारे में जानकारी प्रसारित करने के लिए शामिल है।
- 2) मैं (अर्थीक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और उद्देश्य का विवरण केवल मेरे उद्देश्य के लिए ही उपयोग किया जा सकता है। कोशिका फांडेशन के ट्रस्टियों का निर्णय सहायता देने या उसे जारी रखने में अंतिम और स्वीकार्य होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

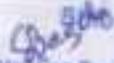
अर्थीक के हस्ताक्षर या बाएं 엄ूँठ का छाप



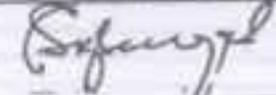
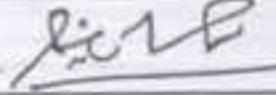
AGREEMENT by HOSPITAL (एम्बुलेंस सहायता के लिए)

- By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
 - The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- इसके अतिरिक्त, इस प्रकार यहाँ घोषणा करने वाले "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से स्वीकार करते हैं।
- हम यह घोषणा करते हैं कि हम वर्तमान में या भविष्य में वित्तीय सहायता किसी भी अन्य स्रोत से नहीं ले रहे हैं, जो हमें कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त करने के लिए आवश्यक है। यदि कोशिका फाउंडेशन से सहायता पूरी तरह से नहीं मिलती है, तो हम अन्य स्रोतों से सहायता ले सकते हैं। यह पुष्टि करने के लिए कि हमें कोशिका फाउंडेशन से सहायता मिलने के लिए आवश्यक है।
 - कोशिका फाउंडेशन से प्राप्त सहायता केवल वित्तीय प्रकृति की है। रोगी का उपचार इस बात पर निर्भर करता है कि रोगी और हस्पताल के बीच की व्यवस्था है। कोशिका फाउंडेशन का कोई भी प्रभाव रोगी के उपचार, परिणाम और सुरक्षा पर नहीं पड़ेगा। इसलिए, हस्पताल को उपचार के लिए पूरी जिम्मेदारी लेनी होगी और कोशिका फाउंडेशन को कोई भी भूमिका नहीं मिलेगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE
स्वीकृति के लिए अनुमति

| | | |
|--|--|--|
| Date of Surgery अपरेशन की तिथि 12/12/18 |  Sankar Das (Name of Dr. & Reg. No. with Specialty) Hospital Name & Address Research Centre |  Sankar Bagchi Director (Name, Designation & Stamp of Authorized Signatory on behalf of Hospital) Hospital Name & Address |
|--|--|--|

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्थीक सहायता के लिए)

| | |
|---|--|
| SIGNATURE of TRUSTEE 1 नाम: सहायक 1 | SIGNATURE of TRUSTEE 2 नाम: सहायक 2 |
|  |  |